

SEPA - Lastschrift- Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz: St: Nr.

Zahlungsempfänger

MARKTGEMEINDE KRONSTORF
BRUCKNERPLATZ 1
4484 KRONSTORF

Creditor ID: **AT11ZZZ00000019526**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die MARKTGEMEINDE KRONSTORF Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der MARKTGEMEINDE KRONSTORF auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger

Name:

Anschrift:

IBAN:

BIC:

Zahlungsart Wiederkehrender Einzug Einmaleinzug

Kronstorf, am

Unterschrift: